



TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
Sociosanitarias*

Curso Académico 2014/2015

Efectividad del “*apoyo entre iguales*” en la
promoción de la lactancia materna:
revisión sistemática.

Systematic review of the effectiveness of breastfeeding
counseling over other types of breastfeeding promotion.

Realizado por: Carolina Beltrán Muñoz.

Dirigido por: Dr. Francisco Javier Pérez Rivera.

Dra. Olga Arias Gundín.

En León, a 7 de Julio de 2015

VºBº DIRECTORES

VºBº AUTORA

| ÍNDICE | PÁGINA |
|---|---------------|
| 1.Resumen | 3 |
| 2.Marco teórico | 5 |
| 3.Metodología | 7 |
| 4.Resultados | 9 |
| Inicio de la lactancia materna posparto | 9 |
| Duración de la lactancia materna | 10 |
| Tasas de lactancia materna exclusiva | 11 |
| Causas de abandono de la lactancia | 12 |
| Otros resultados | 12 |
| 5.Conclusiones | 13 |
| 6. Referencias bibliográficas | 14 |
| 7. Anexos | 18 |

1. Resumen.

Introducción: Tras el nacimiento, la lactancia materna se convierte en la forma de alimentación natural del recién nacido, con múltiples beneficios tanto para la madre como para el niño. Organismos nacionales e internacionales recomiendan la lactancia materna como alimento exclusivo hasta los seis meses, y en combinación con la alimentación complementaria hasta los dos años. A pesar de ello, la proporción de lactancia exclusiva en España disminuye progresivamente durante las primeras semanas tras el parto, siendo la falta de conocimientos y el apoyo social, motivos frecuentes de abandono.

Objetivo: Evaluar la efectividad del consejo en lactancia realizada por “iguales” y compararla con el apoyo sanitario rutinario o con la ausencia de apoyo.

Método: Revisión sistemática de los ensayos clínicos aleatorizados y controlados.

Resultados: Recibir educación en lactancia mediante el “*apoyo entre iguales*” se asoció a una mayor probabilidad de iniciar la lactancia materna tras el parto, de continuar con lactancia materna a largo plazo, y de exclusividad en la lactancia.

Conclusiones: El apoyo en lactancia realizado mediante iguales es una alternativa efectiva y segura como modelo de apoyo a la lactancia materna. Debido a la alta heterogeneidad entre los estudios revisados, se necesitan investigaciones adicionales para llegar a conclusiones definitivas.

Abstract

Background: After the birth, breastfeeding becomes the optimal feeding for all babies. It has many benefits to babies and mothers. National and International Organizations state that infants should be exclusively breastfed for the first six months of life, and thereafter should receive complementary food while breastfeeding continues up to or beyond two years of age. Despite these recommendations, the prevalence of early weaning is rising and poor breast milk education and low social support are the most frequent causes of breastfeeding failure.

Aim: To evaluate the effectiveness of breastfeeding counselling and compare it with the routine breastfeeding follow or the absence of breastfeeding follow.

Method: A systematic review based on randomized controlled trials.

Results: Early and repeated contact with peer counsellors are associated with an increase in breastfeeding exclusivity and duration. Women who receive peer counselor are more likely to initiate breastfeeding than those who don't receive it.

Conclusions: Peer counselling is safe and effective as a model of care and breastfeeding follow alternative. Due to the high heterogeneity among the studies reviewed, additional research is needed to draw definitive conclusions.

2. Marco teórico.

Tras el nacimiento, la lactancia materna se convierte en la forma de alimentación natural del recién nacido, con múltiples beneficios tanto para la madre como para el niño. Diferentes estudios demuestran que la lactancia materna exclusiva reduce el riesgo de desarrollar otitis media¹, asma² y síndrome de la muerte súbita³. La lactancia materna durante los cuatro primeros meses de vida disminuye el número de ingresos por infecciones del tracto respiratorio y gastrointestinales⁴. Además, en el caso de una lactancia mayor de seis meses, se reduce el riesgo de leucemia linfocítica aguda y leucemia mieloide⁵. Los estudios también han demostrado que la lactancia materna confiere un efecto protector frente a la obesidad en la infancia y adolescencia, así como cifras inferiores de presión arterial y colesterolemia en la edad adulta⁶. La ausencia de alimentación con lactancia materna se considera un factor de riesgo modificable para el desarrollo de diabetes tipo 1 y 2.⁷ Para la madre, la lactancia reduce la posibilidad de desarrollar cáncer de mama⁸ y ovario^{9, 10}, así como de Diabetes Mellitus tipo 2¹¹ y osteoporosis postmenopausica⁶. Por otra parte, se ha demostrado que amamantar reduce la incidencia de depresión mixta y trastorno de ansiedad en el puerperio¹² además de reducir el número de reingresos hospitalarios en mujeres con patología psiquiátrica previa durante el primer año postparto¹³.

Una revisión sistemática realizada por Kramer y Kakuma¹⁴ sobre veintitrés estudios expone que aquellos lactantes que amamantan como mínimo seis meses tienen menos riesgo de sufrir gastroenteritis infecciosa, aunque no hay reducción significativa en el riesgo de asma y dermatitis atópica. Sin embargo, la lactancia materna exclusiva por tiempo superior a seis meses podría comprometer el estado hematológico. Por ello, organismos nacionales e internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁵, la Asociación Española de Pediatría (AEP)¹⁶ o el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)¹⁷ recomiendan la lactancia materna como alimento exclusivo hasta los seis meses, y en combinación con la alimentación complementaria hasta los dos años.

Según el estudio realizado por Oribe et al¹⁸, la intención de amamantar se encuentra en un 84,4 % de las mujeres en el momento del alta hospitalaria.

A pesar de su determinación, la proporción de lactancia materna exclusiva disminuye progresivamente durante las primeras semanas tras el parto. Así, en el caso de España, según datos de la última Encuesta Nacional de Salud (2011-2012) publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2013, la proporción media de lactancia materna exclusiva a las seis semanas, tres meses y seis meses es respectivamente del 66,19%, 53,55% y

28,44%. Entre las principales causas de abandono se encuentran la apreciación de baja producción láctea, grietas en los pezones, ganancia insuficiente de peso del bebé, causas laborales y falta de apoyo y educación en lactancia materna.¹⁹⁻²¹

Dadas las consecuencias que conlleva tanto para la salud de la madre como del lactante el abandono precoz de la lactancia y debido a que la falta de apoyo y educación aparece como uno de los detonantes del abandono, se hace necesario evaluar la efectividad de las medidas educativas en materia de lactancia materna en los resultados en lactancia.

Según el ámbito de actuación, existen cuatro tipos de intervención en Educación para la Salud (EpS).^{22,23}

Consejo individual: intervención breve dirigida al paciente con la intención de informar y motivar al cambio. Se realiza desde la consulta del profesional sanitario.

EpS individual: serie organizada de intervenciones educativas programadas y pactadas entre profesional y paciente. Se trabajan en profundidad las capacidades del paciente sobre algún problema de salud.

EpS grupal o colectiva: serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de personas para mejorar sus capacidades en relación a algún tema de salud.

Promoción de la salud: afecta al ámbito sanitario y social. Actúa sobre las capacidades de las personas y su entorno social abarcando otras estrategias tales como campañas sanitarias, medios de comunicación, nuevas tecnologías, medidas políticas, entre otras.

El concepto de “*aprendizaje asistido entre iguales*” es una estrategia de educación para la salud definida como la adquisición de conocimientos y habilidades a través de la ayuda activa y el apoyo entre iguales²⁴. En este tipo de prácticas, los protagonistas son miembros del mismo grupo social.

El “*aprendizaje asistido entre iguales*” ha sido una estrategia educativa empleada en el fomento de la lactancia materna a nivel mundial.

El “*apoyo entre iguales en lactancia*” se ha definido como el apoyo ofrecido por mujeres con experiencia personal amamantando, similar situación socioeconómica, origen y residencia que las mujeres a las que van a asesorar. Han recibido una formación mínima para realizar el asesoramiento, y lo realizan de forma voluntaria o con una pequeña remuneración para el pago de gastos.²⁵ Una revisión sistemática publicada en la Biblioteca Cochrane y llevada a cabo por Britton et al.²⁶ en 2006 concluyó que el apoyo en lactancia realizado por no profesionales tenía un efecto positivo en la reducción del abandono de la lactancia, y de la lactancia materna exclusiva, especialmente en los tres primeros meses de vida .

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad (medida como la prevalencia en lactancia materna) del apoyo en lactancia realizado entre iguales, y comparar esa efectividad con la del apoyo rutinario comunitario realizado desde la consulta de enfermería/matrona.

3. Metodología.

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica publicada. La pregunta de intervención, recogida en los objetivos de la revisión, se describió en formato PICO²⁷ (Figura 1) para poder diseñar mejor la estrategia de búsqueda bibliográfica: “¿Es eficaz el apoyo a la lactancia mediante iguales para incrementar las tasas de lactancia materna en mujeres durante el puerperio?”.

| Paciente/problema | Intervención/comparación | Desenlaces de la intervención |
|--------------------|--|---|
| Mujeres puérperas. | Apoyo a la lactancia mediante iguales frente a otro tipo de apoyo. | Incrementar las tasas de lactancia materna. |

Figura 1. Pregunta de Intervención en formato PICO.

Tipos de trabajos incluidos: Fueron considerados susceptibles de inclusión aquellos estudios realizados sobre mujeres puérperas sanas con partos a término, con un grupo control definido, y que aportaran información sobre la asociación entre el apoyo en lactancia realizado por iguales y la duración de la lactancia materna así como sus características. Los participantes procedieron de situaciones socioeconómicas y demográficas correspondientes a un rango amplio y variado, de ambiente rural y urbano, y clase social media-baja.

Se incluyeron estudios con los siguientes diseños: ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECA) y estudios cuasiexperimentales.

Tipos de intervención: Los estudios evaluaron el apoyo realizado por consejeras en lactancia durante el embarazo y en el postparto. Los estudios se consideraron aptos independientemente de la duración del apoyo y de su periodicidad. Se incluyeron los trabajos que detallan el momento de las visitas, la frecuencia y los requisitos necesarios para ser consejera en lactancia. El apoyo mediante consejeras pudiera haber incluido contacto telefónico, visitas domiciliarias o a la maternidad. Además de las intervenciones específicas diferentes para el grupo experimental y el grupo control, los ensayos pudieron haber incluido atención estándar similar en ambos grupos.

Tipos de medidas de resultado: Tasas de inicio de lactancia materna posparto, duración de la lactancia materna y duración de la lactancia materna exclusiva.

Estrategia de búsqueda: Se efectuó una búsqueda sistemática de ensayos clínicos aleatorizados y controlados (ECA) y estudios cuasiexperimentales puesto que se consideran los diseños más apropiados para responder preguntas de intervención (como la pregunta

objeto de revisión en este caso). Las bases de datos utilizadas fueron Web of Science (bases de datos: Colección principal de Web of Science, Current Contents Connect, Derwent Innovations Index, Korean Journal Database, MEDLINE, Scielo Citation Index). El margen temporal de la búsqueda bibliográfica fue desde 1994 hasta 2015, y el estudio finalizó en mayo de 2015. Los descriptores se obtuvieron a través de la Biblioteca Virtual en Salud, y fueron los siguientes: Breast Feeding, Education y Counseling; y sus correspondientes traducciones al castellano: Lactancia Materna, Educación y Consejo.

Métodos de recogida y extracción de datos: Tras eliminar los duplicados, se examinaron 58 referencias bibliográficas localizadas. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Ensayos clínicos aleatorios o Estudios Cuasiexperimentales (realizados en humanos, publicados y disponibles en formato electrónico), escritos en castellano, inglés, francés o portugués, y que respondieran a la pregunta de investigación. Fueron considerados criterios de exclusión: Patología materna o neonatal, partos pretérminos o postérminos, investigación no experimental, idioma distinto al castellano, inglés, francés o portugués y publicaciones previas al 1994.

De los 58 trabajos localizados, 46 fueron rechazados y 12 fueron seleccionados para la lectura crítica. Entre aquellos rechazados, 45 lo fueron por no responder a la pregunta de investigación y 1 porque no se pudo conseguir. De los trabajos seleccionados para la lectura crítica, 11 eran ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y 1 era una estudio cuasiexperimental. (Véase Figura 2).

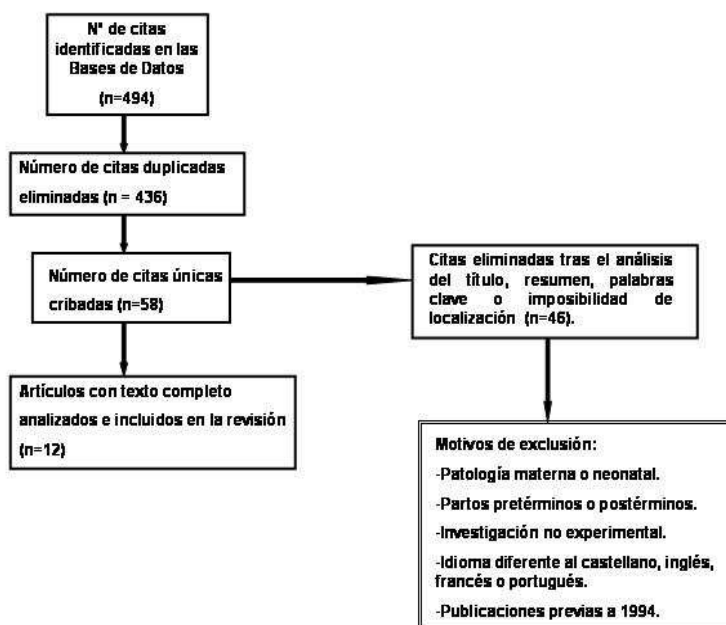


Figura 2: Métodos de recogida y extracción de datos.

Evaluación de la Validez: Un revisor evaluó la validez de los estudios y valorando en cada estudio los siguientes criterios de calidad según la red CASPe (Critical Appraisal Skills Programme): tema de investigación claramente definido, empleo de metodología apropiada a objetivo, elección correcta de la muestra, aleatorización en la asignación a los distintos grupos, medición correcta de exposición, análisis de factores de confusión, exposición de resultados acordes a objetivos, precisión de los resultados, credibilidad de los resultados, validez externa y concordancia con evidencia científica previa, y los 12 estudios fueron considerados de alta calidad y, por tanto, incluidos en nuestra revisión.

Extracción de los datos: Se extrajo la información más relevante de los Ensayos Clínicos y el Estudio Cuasiexperimental, y se incluyó en tablas de síntesis de la evidencia, que contienen tanto información metodológica como los resultados clínicos y las conclusiones de los autores. En la tabla que se recoge en el anexo 1 se muestran los datos más importantes de los estudios examinados en nuestra revisión.

4. Resultados.

Inicio de la lactancia materna posparto.

En un ensayo clínico que comparaba los dos modelos de apoyo a la lactancia (convencional comunitario versus consejo individual que se inicia previo al parto) se demuestra que en el momento del alta hospitalaria hay un mayor número de mujeres que no amamantan procedentes del grupo apoyo comunitario convencional (24%) que del grupo consejo individual (9%) (Riesgo Relativo [RR]=2,48. Intervalo de Confianza [IC] del 95%: 1,04-5,90).²⁸ Una investigación llevada a cabo por Chapman et al.²⁹ sobre mujeres inmigrantes en Estados Unidos expone que el consejo individual perinatal sobre lactancia es una medida protectora ante el no inicio de la lactancia tras el parto (8,9% de no inicio en el grupo intervención frente al 22,7 % del grupo control. RR=0,39. IC95%: 0,18-0,86).

En otra investigación llevada a cabo en madres adolescentes, se comparan los resultados de realizar consejo individual de lactancia, consejo individual de cuidados en la maternidad y seguimiento rutinario del embarazo-parto-postparto con las tasas de lactancia materna. Se observa que las mujeres que recibieron consejo individual de lactancia inician más frecuentemente lactancia materna que las mujeres que recibieron otro tipo de consejo o ninguno (χ^2 (df=2)=6,81. $p<0,03$); sin embargo, no hay diferencias significativas entre los tres grupos en el inicio de lactancia materna mixta o exclusiva (χ^2 (df=2)=1,04. $p=0,6$).³⁰

Shaw et al.³¹ en un ensayo clínico realizado sobre 291 mujeres expone que aquellas que recibieron consejo en lactancia estaban más predispuestas a iniciar la lactancia que aquellas que no recibieron apoyo mediante consejeras (OR=2,43. IC95% :1,23-4,67).

Kistin et al.³² exponen en su investigación que el 93% de las mujeres que recibieron consejo en lactancia iniciaron la lactancia en el hospital frente al 70% de las mujeres que no recibieron este tipo de apoyo ($p < 0,05$).

Duración de la lactancia materna.

Los resultados de la revisión en este apartado no son homogéneos. En la investigación llevada a cabo por Anderson et al.²⁸ no se hallan diferencias estadísticamente significativas en las tasas de abandono de lactancia a los tres meses de la intervención en el grupo experimental y control (63,9% de abandono en el grupo que recibe consejo individual frente al 50,8% en el grupo que recibe cuidados estandarizados. RR=1,26. IC95%: 0,93-1,70). Los resultados arrojados por Chapman et al.²⁹ en su investigación tampoco demuestran asociación estadísticamente significativa entre el consejo en lactancia individualizado y la duración de la lactancia materna. En este estudio, las tasas de abandono de lactancia al mes son 35,7% para el grupo experimental respecto al 49,3% para el grupo control (RR=0,72. IC95%: 0,50-1,05). A los tres meses postparto, un 55,6% del grupo experimental frente al 70,8% del grupo control habían abandonado la lactancia (RR=0,78. IC95%: 0,61-1,00). A los seis meses postparto, no hay diferencias observables (RR=0,94. IC95%: 0,79-1,11). La investigación llevada a cabo por Pugh et al.³³ muestra resultados similares. A los seis meses posparto, el 45% de los pertenecientes al grupo experimental continuaban amamantando frente al 35% que pertenecen al grupo control. Sin embargo, estos resultados no son estadísticamente significativos ($\chi^2 = 1,29-1,75$, $p = 0,09-0,12$).

Sin embargo, otras investigaciones como la realizada por Madeiro Leite et al.³⁴ obtienen distintas conclusiones. Este ECA evalúa la eficacia del consejo domiciliario postparto individual en las tasas de lactancia materna al cuarto mes de vida, y concluye que el consejo incrementa la lactancia materna (con independencia del tipo) en un 39% (RR=0,61. IC95%: 0,50-0,75). Wambach et al.³⁰ en el ECA donde evalúan la eficacia del consejo en lactancia versus consejo de cuidados maternos o cuidados rutinarios observa cómo la media de días de lactancia materna (sin especificar cuál) en el grupo de consejo de lactancia es 177, frente a 42 del grupo que recibió consejos sobre cuidados maternos y 61 que recibieron seguimiento comunitario rutinario. Concluyen que la duración de la lactancia es mayor en el grupo de consejo individual en lactancia frente al seguimiento rutinario (χ^2 (df=2)=16,26. $P < 0,001$). El ECA realizado por Morrow et al.³⁵ muestra que el consejo en lactancia (con independencia del número de sesiones) incrementa la duración de la lactancia materna. A los tres meses del parto, un 95% de las integrantes del grupo experimental continuaban con lactancia materna frente al 85% del grupo control ($p = 0,039$).

Shaw et al.³¹ exponen que las mujeres que reciben apoyo mediante consejeras de lactancia tienen tres veces más posibilidades de continuar con lactancia materna a las seis semanas que las que no reciben apoyo mediante consejeras (OR=2,78. IC95%: 2,08-9,51). El ECA realizado por Schafer et al.³⁶ muestra que a las dos semanas del parto, un 81% de las mujeres que reciben consejo en lactancia continúan con lactancia materna frente al 18% del grupo control. Conforme pasan las semanas, los porcentajes disminuyen siendo del 56% *versus* 10% a las cuatro semanas, 48% *versus* 10% a las ocho semanas, y 43% *versus* 0% a las doce semanas ($p<0,001$). Concluye diciendo que el consejo en lactancia aumenta la duración de la lactancia materna.

Gross et al.³⁷ llevaron a cabo una investigación para evaluar el efecto del apoyo en lactancia realizado por consejeras, la visualización de videos motivaciones, o ambas intervenciones frente a la ausencia de apoyo en las tasas de lactancia materna a las dieciséis semanas del parto. Los autores exponen que las mujeres que reciben algún tipo de intervención tienen un tercio de posibilidades menos de abandonar la lactancia materna al cuarto mes posparto frente a las que no reciben ningún tipo de apoyo (video RR=0,30 IC95%: 0,14-0,79, consejo RR=0,16 IC95% :0,07-0,38, ambos tipos de intervenciones RR=0,29 IC95%: 0,14-0,61).

El ECA realizado por Kistin et al.³² muestra que un 64% de las mujeres que recibieron consejo en lactancia continuaban con lactancia materna a las seis semanas posparto, frente al 28% de las mujeres que no recibieron ningún tipo de apoyo ($p<0,05$). A las doce semanas posparto, un 44% de las mujeres que recibieron consejo en lactancia continuaban con lactancia materna frente al 12% que no recibieron consejo ($p<0,05$).

Tasas de lactancia materna exclusiva.

En un ECA realizado en Nairobi (Kenya)³⁸ para determinar el efecto en las tasas de lactancia materna exclusiva del apoyo realizado por consejeras de forma grupal o individual domiciliario frente a la educación maternal estándar, se observa que al primer mes de vida; el máximo número de mujeres con lactancia materna exclusiva se da en el consejo domiciliario (87%), frente a 84% de las mujeres que recibieron consejo grupal o el 72% que sólo acudieron a educación maternal estándar. A partir del tercer mes posparto, hay una reducción significativa en los tres grupos. Se observa cómo un 61,4% de las mujeres que recibieron consejo domiciliario continúan con lactancia materna exclusiva frente al 47,2% que recibieron consejo grupal o el 36,8% que recibieron educación maternal. Se observa que a los tres meses, las mujeres que recibieron consejo domiciliario tienen dos veces más posibilidades de continuar con lactancia materna exclusiva que las que sólo recibieron educación maternal (RR=1,67. IC95%: 1,21-2,30. $p=0,002$). A los seis meses, las mujeres que recibieron consejo domiciliario tuvieron cuatro veces más posibilidades de continuar con

lactancia materna exclusiva que las del grupo control (RR= 4,20. IC95%: 1,66-10,64. p=0,002). Estos resultados coinciden con los del estudio realizado por Anderson et al.²⁸, en el que se demuestra que el consejo en lactancia actúa como un factor protector de la lactancia materna exclusiva. A los tres meses posparto, el 98,6% de las mujeres que continúan amamantando del grupo control lo hacen de forma mixta, frente al 79,4% del grupo experimental (RR=1,24. IC95%:1,09-1,41).

En el ECA llevado a cabo por Morrow et al.³⁵ donde se pretendía evaluar la relación entre el número de sesiones de consejo en lactancia y las tasas de lactancia materna se observó que a las dos semanas posparto, aquellas mujeres que habían recibido cuatro visitas de la consejera tenían unas tasas de lactancia materna exclusiva del 80%, frente al 62% de aquellas que sólo habían recibido dos visitas, o el 24% de las mujeres que no recibieron ningún apoyo. A los tres meses, estas cifras eran respectivamente del 67%, 50% y 12% (p<0,05).

Causas de abandono de la lactancia.

Entre los principales motivos de abandono de la lactancia se encuentran el rechazo materno hacia esta forma de alimentación, parto prematuro o dificultoso, ingreso del lactante en el hospital, circunstancias familiares, falta de apoyo familiar, alimentación del neonato con leche artificial durante la hospitalización o consejo de la matrona de abandonar la lactancia ante indecisión³⁹.

Otros resultados.

Un ECA muestra entre sus hallazgos que existen una serie de factores que predisponen al inicio de la lactancia: conocimientos previos en lactancia (df=1 $\chi^2=6,98$ p=0,008), intención prenatal de amamantar (df=1 $\chi^2=29,46$ p=0,0001) y la existencia de apoyo social y profesional (df=3 $\chi^2=14,86$ p=0,002).³⁰ Este mismo estudio revela que las madres adolescentes que recibieron consejo en lactancia individual tuvieron mayor predisposición a retomar sus estudios que aquellas que pertenecían a otros grupos de no intervención (97% versus 93% p=0,04).

Las investigaciones también han demostrado un efecto positivo del consejo en lactancia en la salud del lactante. Las posibilidades de que el lactante tenga uno o más episodios de diarrea durante los primeros meses de vida son más altas entre las madres que reciben cuidados comunitarios estándares frente a las que reciben consejo individual (RR= 2,15. IC 95% :1,16 – 2,97).²⁸ El ECA dirigido por Morrow et al.³⁵ muestra un resultado similar. El 12% de los lactantes cuyas madres recibieron consejo en lactancia presentaron al menos un episodio de diarrea frente al 26% de aquellos que no recibieron consejo

($p=0,029$).

El ECA llevado a cabo a Pugh et al.³³ demuestra que los lactantes cuyas madres recibieron consejo individual de lactancia necesitaron menos prescripciones farmacológicas y visitaron con menor frecuencia los servicios de Urgencias Hospitalarias durante los cuatro primeros meses de vida ($p<0,05$), lo que demuestra que la lactancia materna favorece la salud infantil.

5. Conclusiones.

Entre las posibles limitaciones de nuestro estudio figura un posible sesgo de selección, a pesar de que se ha procurado definir con claridad los criterios de inclusión y exclusión, y que éstos fueran lo más amplios posible (en cuanto a idiomas y número de bases de datos). Por otra parte, la calidad de los estudios incluidos en nuestra revisión puede alterar en parte los resultados de ésta, aunque se ha intentado seleccionar únicamente los estudios con una calidad alta y un diseño que respondiera directamente a las preguntas de intervención (ECA, Estudios Cuasiexperimentales). En cuanto a la posible relevancia de nuestro trabajo, no se han localizado otras revisiones que se centren de forma específica en la efectividad del consejo en lactancia realizado mediante consejeras en las tasas de lactancia materna; por lo que consideramos de interés los resultados hallados en nuestra revisión.

Una vez finalizada nuestra revisión sistemática sobre la efectividad del apoyo entre iguales en la lactancia en las tasas de lactancia materna podemos concluir que en todos los ECA donde se ha evaluado la influencia del consejo en el inicio de la lactancia se ha demostrado una asociación positiva, siendo por tanto el consejo en lactancia una medida facilitadora del inicio de la lactancia.

Tres de los doce estudios analizados no constatan diferencias entre recibir consejo en lactancia o cuidados estandarizados y la prevalencia de la lactancia materna a largo plazo (tercer, cuarto y sexto mes). Sin embargo, siete estudios analizados sí obtienen como resultado una asociación positiva entre el consejo individualizado en lactancia y la lactancia a largo plazo. Los resultados hallados parecen indicar una mayor probabilidad de continuar con lactancia materna a largo plazo en aquellas mujeres que han recibido apoyo en lactancia mediante iguales.

Tres ECA demuestran asociación entre recibir apoyo mediante consejeras y la exclusividad de la lactancia materna. Por otra parte, el apoyo mediante iguales parece tener una influencia positiva en la salud infantil, reduciendo la incidencia de episodios de diarrea, necesidad de prescripciones farmacológicas y asistencia en servicios de Urgencias.

Para poder sacar conclusiones definitivas es necesario desarrollar investigaciones adicionales sobre el tema; y en especial estudios por subgrupos, dada la diversidad de los resultados obtenidos. Sin embargo, los resultados que se exponen en la presente revisión sí que indican que el apoyo en lactancia realizado por iguales es una alternativa segura y efectiva como modelo de cuidado y apoyo a la lactancia, y que tiene un efecto positivo en el inicio, continuidad y exclusividad en la lactancia.

6.Referencias bibliográficas.

1. Salah M, Abdel-Aziz M, Al-Farok A. Recurrent acute otitis media in infants: Análisis of risk factors. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013; 77(10): 1665-1669.
2. Rosas-Salazar C, Forno E, Brehm JM, Han Y-Y et al. Breastfeeding duration and asthma in Puerto Rican children. *Pediatr Pulmonol.*2015; 50(6):527-34.
3. Chapman DJ. New evidence: exclusive breastfeeding and reduced sudden infant death syndrome risk. *J Hum Lact.* 2011; 27(4): 404-405.
4. Ajetunmobi OM, Whyte B, Chalmers J et al. Breastfeeding is associated with reduced childhood hospitalization: evidence from a Scottish Birth Cohort (1997-2009). *Int J Pediatr.* 2015; 166(3):620-U919.
5. Forinash A, Yancey A, Barnes K, Myles T. The use of galactogogues in the breastfeeding mother. *Ann Pharmacother.* 2012; 46:1392- 1404.
6. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A et al. Breastfeeding : health benefits for children and mother. *Arch Pediatr.* 2013; 20(2):529-548.
7. Pereira PF, Alfenas RC, Araujo RM. Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. *J Pediatr (Rio J).*2014; 90 (1): 7-15.
8. Jordan I, Hebestreit A, Swai B et al. Breast cancer risk among women with long-standing lactation and reproductive parameters at low risk level: a case-control study in Northern Tanzania. *Breast Cancer Res Treat.* 2013; 142(1): 133-141.
9. Luan NN, Wu QJ, Gong TT et al. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. *Am J Clin Nutr.* 2013; 98(4): 1020-1031.
10. Jordan S, Siskind V, Green AC et al. Breastfeeding and risk of epithelial ovarian cancer. *Cancer Causes Control.* 2010; 21(1):109-116.
11. Gouveri E, Papanas N, Hatzitolios A I et al. Breastfeeding and diabetes. *Curr Diabetes Rev.* 2011; 7(2):135-42.
12. Assarian F, Moravveji A, Ghaffarian H et al. The association of postpartum maternal

mental health with breastfeeding status of mothers: a case-control study. Iran Red Crescent Med J. 2014; 16(3).

13. Xu F, Li Z, Binns C et al. Does infant feeding method impact on maternal mental health?. Breastfeed Med. 2014; 9(4):215-221.

14. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;8:CD003517.

15. World Health Organization. Global Strategy on Infant and Young Child Feeding. 55th World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2002.

16. Hernández MT, Aguayo J. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr. 2005; 63:340-56.

17. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El amamantamiento, base para un futuro saludable. New York, UNICEF: División de Comunicaciones; 1999: 1–16.

18. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gac Sanit. [revista en Internet] 2014 [acceso 16 de noviembre de 2014] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>

19. Ruiz Poyato P, Martínez Galiano JM. Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. ENE, Revista de Enfermería. [revista en Internet]. 2014; 8(2). [acceso 17 de enero de 2015] Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/414>

20. Espinoza Cadima C, Zamorano Jiménez CA, Graham Pontones S, Orozco Gutiérrez A. Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. Anales Médicos. 2014; 59(2): 120-126.

21. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors than positively influence breastfeeding duration to six months: A literature review. Women Birth. 2010; 23: 135-145.

22. Barona Zamora P. Educación para la salud individual. Consejo de salud. Form Act Pediatr Aten Prim. 2013;6:206-15.

23. Arroba Basanta ML, Dago Elorza R. Metodología del consejo. Estrategias que favorecen la adquisición o el cambio de hábitos de los pacientes y sus padres. Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10 Supl 2:e45-55.

24. De la Cerda Toledo M. Por una pedagogía de ayuda entre iguales: reflexiones y prácticas. 1ª ed. Barcelona: Editorial Graó; 2013.

25. Dyson L, Renfrew M, McFadden A et al. Promotion of breastfeeding initiation and duration: evidence into practice briefing. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006.
26. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
27. Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RS. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP J Club*. 1995; 123(3): A12-3.
28. Anderson A, Damio G, Young S, Chapman D, Pérez-Escamilla R. A randomized trial assessing the efficacy of peer counselling on exclusive breastfeeding in a predominantly Latina low-income community. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005; 159(9):836-841.
29. Chapman DJ, Damio G, Young S, Pérez-Escamilla R. Effectiveness of breastfeeding peer counselling in a low-income, predominantly Latina population. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004; 158:897-902.
30. Wambach KA, Aaronson L, Breedlove G, Domian EW, Rojjanasrirat W, Yeh H. A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *West J Nurs Res*. 2011; 33(4):486-505.
31. Shaw E, Kaczorowski J. The effect of a peer counselling program on breastfeeding initiation and longevity in a low-income rural population. *J Hum Lact*. 1999; 15(19): 18-25.
32. Kistin N, Abramson R, Dublin P. Effect of peer counsellors on breastfeeding initiation, exclusivity and duration among low-income urban women. *J Hum Lact*. 1994; 10(1): 11-15.
33. Pugh L, Milligan RA, Frick K, Spatz D, Bronner Y. Breastfeeding duration, costs and benefits of a support program for low-income breastfeeding women. *Birth*. 2002; 29(2):95-100.
34. Madeiro Leite A, Fiorini Puccini R, Atalah A, Alves da Cunha A, Tavares Machado M. Effectiveness of home-based peer counselling to promote breastfeeding in the northeast of Brazil: a randomized clinical trial. *Acta Paediatr*. 2005; 94: 741-746.
35. Morrow A, Guerrero L, Shults J, Calva J, Lutter C, Bravo J, Ruiz-Palacios G, Morrow R, Butterfoss F. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet*. 1999; 352:1226-31.
36. Schafer E, Vogel MK, Viegas S, Hausafus C. Volunteer peer counsellors increase breastfeeding duration among rural low-income women. *Birth*. 1998; 25(2):101-106.

37. Gross SM, Caulfield LE, Bentley ME, Bronner Y, Kessler L, Jensen J, Paige DM. Counseling and motivational videotapes increase duration on breast-feeding in African-American WIC participants who initiate breast-feeding. *J Am Diet Assoc.*1998;98:143-148.
38. Ochola S, Labadarios D, Nduati R. Impact of counselling on exclusive breast-feeding practices in a poor urban setting in Kenya: a randomized controlled trial. *Public Health Nutr.* 2012;16(10):1732-1740.
39. Muirhead P, Butcher G, Rankin K, Munley A. The effect of a programme of organised and supervised peer support on the initiation and duration of breastfeeding: a randomised trial. *Br J Gen Pract.*2006;56:191-197.
40. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.5-8.

7. Anexos. Tabla 1.

| | Figura de Apoyo | Factores Económicos | | Edad Materna | Tamaño muestral | Intervención | Control | Medidas de Resultado | Puntuación escala CASPe ⁴⁰ |
|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------|--------------|-----------------|--|---|---|---------------------------------------|
| | | País | Clase Social | | | | | | |
| Ochola et al. | Consejera en Lactancia entrenada | Subdesarrollado (Kenya) | Baja | No exclusión | 360 mujeres | Grupo 1: Sesión semiintensiva de <i>Counselling</i> grupal (40min). Grupo 2: Sesiones de <i>Counselling</i> individuales domiciliarias (7). | Educación Maternal Grupal. (1/10 del contenido exclusivo de Lactancia Materna). | Grupo 1 y Grupo Control: 4 entrevistas (1 semana, 1,3,6 meses). Grupo 2: 7 entrevistas (1 semana, 1,2,3,4,5,6 meses) | 11 |
| Muirhead et al. | Consejera en Lactancia entrenada | Desarrollado (Escocia, Ayrshire) | Media | No exclusión | 225 mujeres | Consejo individual y asistencia de la matrona comunitaria. El consejo consiste en una visita previa al parto, y cada dos días durante el periodo neonatal. Posibilidad de continuar las visitas bajo demanda hasta las 16 semanas posparto. Visitas domiciliarias o telefónicas. | Asistencia de la matrona comunitaria. | Cuestionarios: 10 días posparto. 8 semanas. 16 semanas. | 9 |
| Anderson et al. | Consejera en Lactancia entrenada | Desarrollado (Hartford, Conn) | Media | No exclusión | 162 mujeres | Consejo individual y apoyo convencional en lactancia comunitario. El consejo consiste en 3 visitas prenatales domiciliarias, visitas diarias perinatales y 9 visitas posparto al domicilio, además de contacto telefónico a demanda de la puérpera. | Apoyo convencional en lactancia comunitario. | Cuestionarios: 1 previo al parto (recoge datos demográficos). 2 durante la hospitalización. 1 semanal durante el 1º mes. 1 bisemanal durante 2º y 3º mes. | 10 |

| Autores | Figura de Apoyo | Factores Económicos | | Edad Materna | Tamaño muestral | Intervención | Control | Medidas de Resultado | Puntuación escala CASPe |
|-----------------------|--|---------------------|--|---------------------------|-----------------|---|---|--|-------------------------|
| | | País | Clase Social | | | | | | |
| Wambach et al. | Consejera en lactancia entrenada y consultora en lactancia | Desarrollado (EEUU) | Baja | Adolescentes (15-18 años) | 390 mujeres | Grupo 1: Educación grupal y consejo individual, además del acceso a los cuidados estándares de la comunidad. La educación grupal consiste en 2 clases prenatales sobre lactancia (2 horas) y el apoyo en 1 llamada telefónica previa al parto, visita al hospital y visita posparto en 4,7,11,18 días y 4 semanas. Se entrega un extractor eléctrico gratuito. Grupo 2: Similar al grupo 1 pero se abordan los cuidados de la mujer y la adaptación al nuevo rol, y no la lactancia materna. | Apoyo convencional en lactancia comunitario. | Cuestionarios: 2º Trimestre de Gestación. 3º Trimestre de Gestación. 3,6 semanas posparto. 2,3,4,5,6 meses. | 10 |
| Chapman et al. | Consejera en lactancia entrenada | Desarrollado (EEUU) | Baja. Población inmigrante de Puerto Rico. | No exclusión | 165 mujeres | 1 Visita prenatal domiciliaria. Visitas diarias durante la hospitalización. 3 Visitas posparto domiciliarias (la primera en las primeras 24 h posparto). Entrega de extractor de leche eléctrico. Además, el apoyo convencional que recibe el grupo control. | Apoyo convencional consistente en: Educación prenatal en lactancia materna. Acceso a material escrito sobre lactancia. Visita a consultora en lactancia ante problemas serios. Acceso a una línea telefónica gratuita de consulta de dudas. | Cuestionarios: Durante la hospitalización. Contacto telefónico mensual hasta abandono de lactancia o por un máximo de 6 meses. | 10 |

| Autores | Figura de Apoyo | Factores Económicos | | Edad Materna | Tamaño muestral | Intervención | Control | Medidas de Resultado | Puntuación escala CASPe |
|-----------------------------|---|--------------------------|--------------|--------------|-----------------|--|--|---|-------------------------|
| | | País | Clase Social | | | | | | |
| Pugh et al. | Consejera en lactancia entrenada o enfermera de salud pública | Desarrollado (EEUU) | Baja | No exclusión | 41 mujeres | Visitas diarias durante la hospitalización. Visitas domiciliarias en las semanas 1,2 y 4. Llamadas telefónicas 2 veces/semana hasta la semana 8; y 1 vez/semana hasta el 6º mes. Además, reciben todos los cuidados estandarizados del grupo control. | Apoyo de enfermeras en el hospital. Acceso a línea telefónica para resolver dudas. Visita de consultora de lactancia durante la hospitalización si el parto es en día laboral. | Cuestionario realizado personalmente en los meses 3 y 6. Cuestionario vía telefónica en las semanas 1,2,3,4,6 y 4º mes. | 10 |
| Madeiro Leite et al. | Consejera en lactancia entrenada | Subdesarrollado (Brasil) | Baja | No exclusión | 1003 mujeres | Visitas domiciliarias (6 en total): -5º día tras nacimiento -15º día tras nacimiento - 1 mes - 2 meses - 3 meses - 4 meses | Cuidados estandarizados comunitarios. | Cuestionarios cumplimentados al mes y a los seis meses. | 10 |
| Morrow et al. | Consejera en lactancia entrenada | Subdesarrollado (México) | Media/Baja | No exclusión | 130 mujeres | Grupo 1: Seis visitas domiciliarias. -2º trim. gestación -3º trim. gestación -1ª sem. posparto -2ª sem. posparto -4ª sem. posparto -8ª sem. posparto Grupo 2: Tres visitas domiciliarias. - 3º trim. gestación - 1ª sem. posparto - 2ª sem. posparto | Control rutinario por parte del médico ante posibles complicaciones. | Entrevistas de seguimiento a las 2,4,6 semanas y 2 y 3 meses. | 10 |

| Autores | Figura de Apoyo | Factores Económicos | | Edad Materna | Tamaño muestral | Intervención | Control | Medidas de Resultado | Puntuación escala CASPe |
|-----------------------|---|--------------------------------|-------------------------------|--------------|-----------------|---|---|--|-------------------------|
| | | País | Clase Social | | | | | | |
| Shaw et al. | Consejera en lactancia entrenada y nutricionista. | Desarrollado (Tennessee. EEUU) | Media | No exclusión | 291 | Apoyo individualizado mediante consejera en lactancia según necesidades detectadas en un cuestionario inicial. | Control rutinario. | Cuestionario a las 6 semanas. | 10 |
| Schafer et al. | Consejeras en lactancia entrenadas y voluntarias. | Desarrollado (Iowa. EEUU) | Baja. Ámbito rural | No exclusión | 143 | Consejo individualizado sobre lactancia materna y alimentación en el pre y posparto. Contacto telefónico entre sesiones para resolver problemas. | No han recibido ningún programa de promoción de lactancia en los últimos tres años. | -Cuestionario sobre comportamiento en lactancia a las 12 semanas del nacimiento del recién nacido. - Registro dietético de 24 horas. - Cuestionario sobre conocimientos en alimentación y lactancia pre-post intervención. | 10 |
| Gross et al. | Consejeras en lactancia entrenadas. | Desarrollado (Baltimore. EEUU) | Baja. Mujeres afroamericanas. | No exclusión | 115 | Grupo 1: Videos motivacionales, información escrita y sesión de counselling. Grupo 2: Consejeras en lactancia. Contacto semanal con visita domiciliaria o telefónica. Grupo 3: Video y consejo. | Educación en alimentación infantil. | Cuestionarios: - 24-34 semanas de gestación. - 7-10 días posparto. -8 semanas posparto. -16 semanas posparto. | 10 |

| Autores | Figura de Apoyo | Factores Económicos | | Edad Materna | Tamaño muestral | Intervención | Control | Medidas de Resultado | Puntuación escala CASPe | |
|---------------|----------------------------------|---------------------|------------------------------|--------------|-----------------|--------------|--|----------------------|--|----|
| | | País | Clase Social | | | | | | | |
| Kistin et al. | Consejeras lactancia entrenadas. | en | Desarrollado (Chicago. EEUU) | Baja. | No exclusión | 102 | Consejo individualizado en lactancia: 1 reunión antes del parto. Vía telefónica 2 veces/semana hasta lactancia materna establecida. 1 vez /semana hasta 2 meses posparto. Siempre que la mujer lo necesite. | Ausencia de consejo. | Cuestionarios: - seguimiento hasta las 12 semanas posparto. | 10 |